

ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 617.586-002.3/.4-02-085:616.379-008.64

© М. І. ТУТЧЕНКО¹, В. І. СМОВЖЕНКО², І. В. КЛЮЗКО², С. Ф. МАРЧУК², В. С. АНДРІЄЦЬ¹,
А. А. ЯКОВЕНКО², Б. А. МЕЛЕННИЙ²Національний медичний університет імені О. О. Богомольця¹
Клінічна лікарня № 15 м. Києва²**Внутрішньоартеріальне введення лікарських препаратів у
комплексному лікуванні пацієнтів з синдромом діабетичної стопи**M. I. TUTCHENKO¹, V. I. SMOVZHENKO², I. V. KLIUZKO², S. F. MARCHUK², V. S. ANDRIYETS¹, A. A. YAKOVENKO²,
B. A. MELENYI²National Medical University by O. O. Bohomolets¹
Kyiv Clinical Hospital № 5²**INTRAAARTERIAL INTRODUCTION OF DRUGS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH
DIABETIC FOOT SYNDROME**

Комплексне лікування пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи залишається складною, багатогранною та до кінця не вирішеною проблемою сучасної хірургії. Незважаючи на певні успіхи у діагностиці та лікуванні цієї патології, вдосконалення існуючих методів лікування, ця проблема залишається досить актуальною у зв'язку з неухильним зростанням захворюваності на цукровий діабет з розвитком синдрому діабетичної стопи (СДС) і значним ризиком ампутації кінцівки, що, в свою чергу, призводить до значної інвалідизації населення, високої летальності та значних економічних витрат.

Мета роботи: дослідити ефективність комплексного лікування пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи, в лікуванні яких надавалась перевага внутрішньоартеріальному введенню лікарських препаратів, оцінити динаміку деяких клінічних та лабораторних показників цього патологічного процесу.

Під наглядом перебували 62 пацієнти віком від 42 до 74 років (середній вік $(62,4 \pm 2,4)$), які лікувалися у хірургічному відділенні № 2 Клінічної лікарні № 15 м. Києва. У них були діагностовані гнійно-некротичні ускладнення синдрому діабетичної стопи на тлі цукрового діабету 2-го типу, що за класифікацією СДС за Vagner, відповідали III–IV стадіям, у них було виключене переважаюче оклюзійно-стенотичне ураження магістральних артерій, що перевіряли дуплексним ангіоскануванням з кольоровим картуванням кровотоку на початку лікування. Пацієнти були рандомізовані в дві клінічні групи. I група (основна) – 22 (35,5 %) пацієнти, при лікуванні яких проводили внутрішньоартеріальне введення лікарських препаратів. II група (конт-

рольна) – 40 (64,5 %) пацієнтів, введення лікарських препаратів яким проводили внутрішньовенним та внутрішньом'язовим шляхами.

Хворим виконували загальноклінічні дослідження крові, визначали цукор крові в динаміці протягом доби, аналіз сечі, біохімічні лабораторні дослідження. Ступінь кістково-деструктивних змін стопи контролювали рентгенологічно. Усім хворим призначали консервативну терапію, провідне місце в якій займали антибактеріальні препарати широкого спектра дії (емпірично при госпіталізації та з наступною корекцією після отримання результатів бактеріологічного дослідження виділень з гнійно-некротичного вогнища). Усіх хворих, з метою корекції глікемії, переводили на прийом інсулінів короткої дії відповідно до ступеня глікемії протягом доби. До терапії також входили антикоагулянтні, дезагрегантні, нестероїдні протизапальні засоби, препарати реологічної дії, простагландини, інфузійну терапію для корекції водно-електролітних зрушень та дезінтоксикації. Після короткої підготовки виконували первинно радикальні операційні втручання з метою санації гнійно-некротичних вогнищ, видалення нежиттєздатних тканин. У пацієнтів основної групи хірургічній обробці вогнищ гнійно-некротичного ураження передувала катетеризація нижньої надчеревної артерії на відповідній стороні з наступним введенням препаратів, зокрема антибіотиків, простагландинів, реологічних препаратів, за допомогою шприцевого дозатора Perfusor compact.

На момент госпіталізації больові прояви, температурна реакція, а також лабораторні показники, зокрема рівень глюкози та вираженість лейкоцитозу крові, у пацієнтів досліджуваних груп достовірно не відрізнялись. На третю добу перебування в стаціонарі стан пацієнтів першої групи, яким проводили

внутрішньоартеріальне введення лікарських препаратів, був достовірно кращим, ніж стан хворих другої групи. Так, больовий синдром спостерігався на 22 % менше, підвищена температура тіла відзначалась на 37,6 % рідше, тахікардія турбувала на 31 % менше пацієнтів основної групи, ніж пацієнтів з групи контролю. Таку різницю можна пояснити швидким селективним потраплянням лікарських препаратів у незміненому вигляді та високій концентрації до вогнища гнійно-некротичного ураження, що веде до швидшого та тривалішого зняття больового синдрому, явищ ішемії та санації вогнища бактеріального ураження. На десяту добу стаціонарного лікування пацієнти першої групи рідше скаржились на больовий синдром та тахікардію, ніж пацієнти другої групи, на 55,7 та 21,3 % відповідно. При порівнянні частоти лихоманки на 10 добу достовірної різниці виявлено не було. У пацієнтів першої групи ліжко-день у середньому становив $(14,03 \pm 1,2)$ доби, що нижче за аналогічний показник другої групи на 21,4 %.

На третю добу рівень лейкоцитів у двох групах статистично достовірно не відрізнявся та становив

$(9,41 \pm 0,32)$ та $(10,51 \pm 0,24)$ відповідно, проте на десятую добу рівень лейкоцитів пацієнтів першої групи знаходився в межах референтних значень та становив $(7,46 \pm 0,12)$, а у пацієнтів другої групи перебував на верхній межі норми та складав $(8,94 \pm 0,24)$, що на 19,84 % вище від показника першої групи. При порівнянні рівнів глюкози крові обох груп на 3 та 10 добу перебування в стаціонарі достовірної різниці виявлено не було. Так, на третю добу рівень глюкози становив $(11,42 \pm 0,44)$ та $(10,13 \pm 1,02)$, а на десятую добу – $(9,36 \pm 0,52)$ та $(8,79 \pm 0,94)$ у пацієнтів першої та другої груп відповідно. Протягом перших десяти діб перебування в стаціонарі за показаннями було виконано високу ампутацію кінцівки одному хворому (4,5 %) з першої групи та чотирьом (10 %) з другої групи.

Висновок. Внутрішньоартеріальне введення лікарських засобів у пацієнтів з гнійно-некротичними ускладненнями синдрому діабетичної стопи сприяє швидкій регресії клінічних явищ та дозволяє утриматись від виконання високої ампутації у більшості випадків, завдяки чому знижується інвалідизація цієї категорії хворих.

Отримано 05.04.13